**Deutscher Bundestag**
**11. Wahlperiode**

**Drucksache 11/4295**

03. 04. 89

Sachgebiet 82

# Antwort

## der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frau Wilms-Kegel und der Fraktion DIE GRÜNEN**
**— Drucksache 11/4201 —**

## Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes

*Der Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat mit Schreiben vom 31. März 1989 die Kleine Anfrage namens der Bundesregierung wie folgt beantwortet:*

1. Trifft es zu, daß verschiedene Krankenkassen, z. B. die AOK Hamburg, die Mindestbemessungsgrenze für den Beitrag der freiwilligen versicherten „Selbständigen" auf über 3 000 DM anheben will, so daß eine erhebliche Beitragssteigerung auf diese Versichertengruppe zukommt?

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz wurde den Krankenkassen das Recht eingeräumt, das Beitragsrecht für freiwillige Mitglieder autonom in der Satzung zu regeln. Damit haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, sachgerechte Beitragsregelungen auch für freiwillig versicherte Selbständige zu treffen, die stärker als bisher die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des einzelnen berücksichtigen. Zu diesem Zweck können die Krankenkassen auch Beitragsklassen vorsehen, d. h. ihnen ist es möglich, bei der Beitragseinstufung zu typisieren. Nach Auffassung der Bundesregierung ist es aber nicht vertretbar, für die Selbständigen einen Mindestbeitrag vorzusehen, der ein Einkommen in Höhe der Bezugsgröße (1989 3 150 DM monatlich) unterstellt. Der Grundsatz der Orientierung der Beitragsbemessung an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten gebietet es vielmehr, eine Differenzierung auch unterhalb der Bezugsgröße vorzunehmen. Diese Auffassung wird von den Spitzenverbänden und den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen geteilt. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung geht davon aus, daß die Krankenkassen sich dem anschließen und entsprechende Satzungsänderungen beschließen.

2. Wie gedenkt die Bundesregierung das Problem zu lösen,
   a) daß Bundesbürger/innen, die bereits 1988 einen Winterurlaub gebucht hatten, jetzt z. B. in Norwegen oder in Kanada, keinem Versicherungsschutz unterliegen, aber auch nicht in der Lage sind, die Kosten eines eintretenden Krankheitsfalles alleine zu tragen,
   b) daß Behinderte, chronisch Kranke oder Schwangere – entsprechend dem Leitgedanken der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung –, wenn sie z. B. in die USA, nach Kanada oder nach Norwegen reisen wollen, trotz regelmäßiger Krankenkassen-Beitragsleistung keinem Versicherungsschutz unterliegen, und auch ihre Aufnahme in eine Reise-Krankenversicherung wegen des bestehenden „Risikos" von den Versicherungsgesellschaften abgelehnt wird,
   c) daß dadurch auch zahlreiche Gruppen- oder Einzelreisen von Behinderten zur Ausübung von Behindertensport, z. B. in Wintersportgebieten in Norwegen, Kanada oder anderen Ländern, mit denen wir kein entsprechendes Abkommen haben, unmöglich gemacht werden?

Auch vor dem Inkrafttreten des GRG sah das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen bei Erkrankungen im Ausland nur dann vor, wenn das Aufenthaltsland Mitglied der EG war oder mit diesem Land ein Krankenversicherungsabkommen bestand. Wenn Krankenkassen auch in anderen Fällen Kostenerstattungen bei Auslandserkrankungen durchgeführt haben, können daraus keine Ansprüche der Versicherten auf künftige Kostenerstattungen hergeleitet werden.

Der Entwurf des Gesundheits-Reformgesetzes wurde vom Bundeskabinett am 27. April 1988 beschlossen und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Artikel 1 § 15 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzentwurfs sah bereits die Regelung vor, die am 1. Januar 1989 in Kraft getreten ist. Auch in den Medien wurde wiederholt auf diese Regelung hingewiesen. Wer im Jahre 1988 einen Auslandsurlaub für Zeiten nach dem 31. Dezember 1988 gebucht hat, war also in der Lage, entsprechende Vorsorge zu treffen.

Wenn Vorerkrankungen bestehen, die in eine private Auslandskrankenversicherung derzeit noch nicht einbezogen werden, liegt es in der freien Entscheidung des einzelnen, ob er ohne Versicherungsschutz in ein Land reisen will, das weder zur EG gehört noch ein Krankenversicherungsabkommen abgeschlossen hat. Die Bundesregierung hält es auch nicht für vertretbar, hier für bestimmte Personengruppen Sonderregelungen vorzusehen und ihnen dadurch gegenüber den anderen Versicherten Vorteile einzuräumen. Die private Krankenversicherung hat zwischenzeitlich Bereitschaft signalisiert, bei Auslands-Reiseversicherungen von Ausschlüssen von Vorerkrankungen möglichst Abstand zu nehmen.

3. Welche Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sollen durch die vom Parlamentarischen Staatssekretär Höpfinger angekündigten Verordnungen von der Kassenerstattungspflicht ausgeschlossen werden mit dem Ziel, daß die Patienten/innen diese Mittel künftig aus eigener Tasche bezahlen?
   a) Werden unter den ausgeschlossenen Arzneimitteln auch Venenmittel wie Venuroton, Schlafmittel wie Vesparax mite, Magen-Darm-Mittel wie Zantic und Antihypotonika wie Dopamin sein?
   b) Welche Phytotherapeutika, welche homöopathischen und welche anthroposophischen Arzneimittel und Behandlungsmethoden sind im einzelnen für die Ausgrenzung aus der Erstattungspflicht vorgesehen?
   c) Welche Heilmittel werden im einzelnen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen?
   d) Sind auch Kneipp'sche Anwendungen von der Ausgrenzung aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen bedroht? Wenn ja, welche?
   e) Welche Hilfsmittel werden im einzelnen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen? Gilt dieser Ausschluß für alle Indikationen?
   f) Sind davon auch Bandagen, Kreuzbandagen, Sitzkissen und Stehbretter für Rollstuhlfahrer betroffen?

      Sind davon auch orthopädische Einlagen betroffen? Wenn ja, welche?

      Gilt dieser Ausschluß für alle Indikationen?

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bereitet z. Z. Verordnungen nach § 34 Abs. 2, 3 und 4 SGB V vor; der Inhalt dieser Verordnungsentwürfe steht noch nicht endgültig fest. Er wird die beteiligten Fachkreise und Verbände unterrichten und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme geben, bevor über die Verordnungen Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und damit dem Bundesminister für Wirtschaft hergestellt wird und die Verordnungen dem Bundesrat zugeleitet werden.

Die Verordnungsentwürfe werden auch den Fraktionen des Deutschen Bundestages zugeleitet.

4. Wie will die Bundesregierung die Problematik lösen, daß Behinderte und chronisch Kranke, die die Mindestbeitragszeit von 60 Monaten für einen Rentenanspruch nicht erfüllt haben, aber länger als 78 Wochen Krankengeld beziehen, trotz möglicherweise erfolgversprechender Therapie aus den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherungen fallen?

Es trifft nicht zu, daß bei chronisch Kranken mit dem Ende des Krankengeldanspruchs nach 78 Wochen automatisch auch der Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt. Ist z. B. der Ehegatte des chronisch Kranken Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, so besteht im Rahmen der Familienversicherung weiterhin beitragsfreier Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Werden die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht erfüllt, so hat der chronisch Kranke die Möglichkeit, die Versicherung, die bisher aufgrund des Krankengeldbezuges bestanden hat, als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung fortzusetzen. Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft wegen Ablauf des Krankengeldbezuges anzuzeigen.

5. Gedenkt die Bundesregierung den Krankenkassen zu gestatten, in der Anfangszeit nach Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes Kulanz walten zu lassen, wenn durch die neuen Bestimmungen Härtefälle für Versicherte eintreten, die über die Härtefall-Klausel nicht abgedeckt sind?

Der Frage liegt offenbar die irrtümliche Auffassung zugrunde, der Bundesarbeitsminister könne es den Krankenkassen gestatten, bei der Anwendung des Leistungsrechts großzügig zu sein oder sogar vom Recht abzuweichen. Dazu ist darauf hinzuweisen, daß der Bundesarbeitsminister nicht die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen ist; Aufsichtsbehörden sind vielmehr die Länder und das Bundesversicherungsamt. Die Krankenkassen als selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts haben das Gesetz in eigener Verantwortung anzuwenden. Dem Bundesminister steht dabei ein Weisungsrecht nicht zu. Er kann also auch nicht gestatten, in bestimmten Zeiten bei der Anwendung des Gesetzes Kulanz walten zu lassen.

6. Wie gedenkt die Bundesregierung die Problematik zu lösen, daß Studenten/innen, die regulär Abitur und dann eine Lehre gemacht haben, dann mehrere, z. T. mehr als fünf Jahre gearbeitet und als Pflichtversicherte Krankenkassenbeiträge gezahlt haben, dann ein Studium begonnen haben, nach Artikel 1 § 5 Abs. 1 Nr. 9 auch bei regulärem Studienverlauf nach Erreichen des 30. Lebensjahres nicht mehr in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sein können?

Die Pflichtversicherung von Studenten ist grundsätzlich auf die Dauer von 14 Fachsemestern und bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres des Studenten begrenzt. Sie ist auch nach Überschreiten dieser Grenzen möglich, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre oder persönliche Gründe dies rechtfertigen. Ob der in Frage 6 beschriebene Sachverhalt für Studentinnen die Anwendung der Ausnahmeklausel rechtfertigt, entscheidet die im Einzelfall zuständige Krankenkasse in eigener Verantwortung unter Würdigung der Umstände dieses Einzelfalles.

Liegt ein Ausnahmegrund nicht vor, kann die Pflichtversicherung während des Studiums freiwillig fortgeführt werden.

7. Ab wann gelten die diesbezüglichen Aussagen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des Parlamentarischen Staatssekretärs Höpfinger als verbindlich?

Unterstellt, daß sich die Frage 7 auf die zu den Fragen 5 und 6 erwarteten positiven Antworten im Sinne der Fragestellung bezieht, lautet die Antwort wie folgt:

Verbindliche Aussagen über die Anwendung des neuen Rechts sind in den Antworten nicht enthalten; derartige Aussagen können aus den in der Antwort zu Frage 5 dargelegten Gründen auch nicht getroffen werden, weil das Bundesarbeitsministerium die einzelnen Kassen in ihrer Rechtsanwendung nicht binden kann.

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 23 19 67
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51